

U. PORTO

FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2016/2017

Rui Flores de Miranda Ribeiro

Adesão terapêutica em doentes
hipertensos: factores determinantes
e intervenções úteis

Patient Compliance in Hypertension:
determining factors and useful
interventions

março, 2017

FMUP

Rui Flores de Miranda Ribeiro

Adesão terapêutica em doentes
hipertensos: factores determinantes
e intervenções úteis

Patient Compliance in Hypertension:
determining factors and useful
interventions

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Geral e Familiar

Tipologia: Monografia

Trabalho efetuado sob a Orientação de:

Doutora Maria Luciana Couto

Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:

Revista ADSO

março, 2017

Eu, Rui Flores de Miranda Ribeiro, abaixo assinado, nº mecanográfico 201103604, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 22 / 03 / 2012

Assinatura conforme cartão de identificação:

Rui Flores de Miranda Ribeiro

NOME

Rui Flores de Miranda Ribeiro

NÚMERO DE ESTUDANTE

201103604

E-MAIL

rui.f.m.ribeiro@gmail.com

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Medicina Geral e Familiar

TÍTULO DISSERTAÇÃO/MONOGRAFIA (riscar o que não interessa)

Adesão terapêutica em doentes hipertensos: factores determinantes e intervenções úteis

ORIENTADOR

Doutora Maria Luciana Couto

COORDINADOR (se aplicável)

ASSINALE APENAS UMA DAS OPÇÕES:

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTES TRABALHOS APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	<input type="checkbox"/>
É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTES TRABALHOS (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	<input type="checkbox"/>
DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTES TRABALHOS.	<input checked="" type="checkbox"/>

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 22 / 03 / 2017

Assinatura conforme cartão de identificação: Rui Flores de Miranda Ribeiro

Adesão terapêutica em doentes hipertensos: factores determinantes e intervenções úteis

Patient Compliance in Hypertension: determining factors and useful interventions

Rui Flores de Miranda Ribeiro^{1,§}

Maria Luciana Couto^{2,3}

1 – Estudante da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

2 – Departamento de Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

3 – Assistente Graduada Sénior da Carreira Médica de Medicina Geral e Familiar na USF Camélias ACES Gaia – Porto Ocidental VII

§- rui.f.m.ribeiro@gmail.com; Urbanização Ninho d'Águia bloco K rés-de-chão direito 3750-313 Águeda, Portugal

Adesão terapêutica em doentes hipertensos: factores determinantes e intervenções úteis

RESUMO

Introdução: A hipertensão arterial é uma das principais causas de mortalidade e morbilidade, a nível mundial. O seu tratamento médico passa pela modificação do estilo de vida dos pacientes e pela prescrição de fármacos anti-hipertensores. A expressão “adesão terapêutica” tem sido empregue no sentido de quantificar o grau em que o paciente medicado segue os conselhos e o modelo de prescrição do médico. A adesão terapêutica em doentes hipertensos parece ser um problema significativo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Objetivo: Abordar as barreiras à boa adesão terapêutica em doentes hipertensos e intervenções junto dos mesmos que aumentem essa mesma adesão.

Métodos: Foi feita uma pesquisa na base de dados *Pubmed* por artigos publicados entre janeiro de 2000 e fevereiro de 2017 escritos em inglês ou português com seguintes termos MESH: *Patient Compliance, Medication Adherence* e *Hypertension*. Foram incluídos os que abordassem as barreiras à boa adesão terapêutica e as intervenções que a aumentam.

Resultados: Os factores determinantes da adesão terapêutica foram agrupados em 5 grupos de acordo com a classificação da OMS. A categoria mais analisada na literatura revista foi a relacionada com o paciente, que foi referida em 93% dos estudos em questão. A razão mais encontrada como justificação para a má adesão foi o esquecimento da toma. No que diz respeito às intervenções úteis, a opção mais estudada por meio de ensaios clínicos é a das intervenções mediadas por farmacêuticos. Este tipo de intervenção e a combinação de vários fármacos num só comprimido parecem ser os que têm um impacto mais positivo no controlo dos valores tensionais e na adesão terapêutica.

Conclusões: Aquando da avaliação do doente hipertenso, a adesão terapêutica deve ser sempre tida em conta, nomeadamente as suas barreiras e o que pode ser feito para as ultrapassar, nunca esquecendo a sua natureza multidimensional.

PALAVRAS CHAVE

Hipertensão, Adesão terapêutica, Intervenções, Barreiras, Tratamento

ABSTRACT

Background: Hypertension is a main cause of mortality and morbidity worldwide. The medical treatment of this disease includes not only life-style changes but also the prescription of anti-hypertensive drugs. The expression medical adherence has been used to mean the extent to which the patient, when taking a drug, complies with the clinician's advice and follows the regimen. Hypertensive patients' adherence to treatment seems to be an important issue according to World Health Organization (WHO).

Objective: To study barriers to an optimal medical adherence in hypertensive patients and interventions to enhance it.

Methods: A computerized search was performed using the *Pubmed* database. The following MESH terms were used: *Patient Compliance*, *Medical Adherence* and *Hypertension*. The search was restricted to articles published between 2000 and February 2017 written in Portuguese or English. The ones focusing on barriers to adherence and interventions to enhance it were included.

Results: The barriers acknowledged in this study were divided in 5 categories according to the WHO classification. The most analysed category was patient-related barriers, which was referenced in 93% of the surveys under examination. Forgetting to take the medication was found to be the most common reason for poor adherence. In what concerns to interventions, pharmacist's interventions were found to be the better studied typology. In addition, pharmacist's intervention and combination pills were found to be the categories with better impact in patient compliance and blood pressure control.

Conclusions: Accessing patient compliance is a key part of the clinical evaluation of hypertensive patients. Special focus should be put on the barriers to a good compliance and to what can be done to overcome them.

KEYWORDS

Hypertension, Medical adherence, Patient Compliance, Interventions, Barriers, Treatment

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HTA) é o principal fator de risco para mortalidade e a terceira causa de incapacidade, a nível mundial, tendo impacto muito significativo na saúde das populações.^[1] Estima-se que esta doença atinja mais do que 1 milhão de pessoas em todo o mundo.^[2] Em Portugal, a sua prevalência situa-se nos 26,9% segundo dados da Direção Geral de Saúde (DGS) relativos ao ano de 2013.^[3] A HTA está associada a um aumento de risco de doença coronária, renal e cérebro-vascular.^[2] A terapêutica usualmente compreende a modificação de estilo de vida e a prescrição de fármacos anti-hipertensores, e a toma destes fármacos foi associada a uma redução de *outcomes* negativos.^[4,5] No entanto e apesar da existência de tratamento médico efetivo, estima-se que mais de metade dos doentes abandone a medicação durante o primeiro ano após o diagnóstico e só metade dos restantes tome pelo menos 80% da medicação prescrita.^[6]

A expressão “adesão terapêutica” tem sido empregue no sentido de quantificar o grau em que o paciente medicado segue os conselhos e o modelo de prescrição do médico. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a ocorrência de má adesão terapêutica sempre que o doente toma 80% ou menos de toda a medicação anti-hipertensiva prescrita.^[6] A má adesão terapêutica tem um papel importante como causa de hipertensão resistente.^[7]

No sentido de lidar com este problema, torna-se importante encontrar uma maneira precisa e confiável de o quantificar. Na ausência de um método *gold-standard* para a realização destas medições, muitos dos estudos realizados sobre este tema usaram métodos pouco precisos, como questionários, entrevistas e contagens periódicas de comprimidos não tomados. A análise retrospectiva dos registos de reabastecimento de medicação, a procura de marcadores químicos da exposição aos fármacos (na urina e no sangue) e os métodos automáticos e eletrónicos de *time-stamping* (associados à abertura da embalagem ou à dissolução de comprimidos) serão preferíveis.^[7]

Nesta revisão, pretendemos abordar os fatores determinantes da adesão terapêutica e as intervenções que a podem aumentar.

A OMS divide as barreiras à adesão terapêutica em 5 grandes grupos:

- a) Relacionados com o paciente (como crenças erradas em relação à doença);
- b) Relacionadas com a doença (como a presença de comorbilidades ou a gravidade dos sintomas);
- c) Relacionadas com a terapêutica (como a ocorrência de efeitos adversos da medicação ou a complexidade do regime de prescrição);
- d) De natureza socioeconómica (como o apoio social ou dificuldades financeiras do doente);
- e) Relacionadas com o sistema de saúde (como a relação entre o paciente e o profissional de saúde). ^[6]

Conseguindo identificar quais as são barreiras, torna-se mais fácil direcionar as intervenções. Na presente revisão as intervenções foram agrupadas em 4 grupos: combinação de vários fármacos num só comprimido, intervenções mediadas por farmacêuticos, intervenções de telessaúde e monitorização em ambulatório da pressão arterial.

A necessidade de focar atenções na adesão terapêutica não é um assunto recente, Blackwell, em 1973, já tinha escrito que os médicos deveriam saber como reconhecer e reduzir os fatores contribuidores para má adesão. ^[8]

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica na base de dados Pubmed com a seguinte query: “(("Patient Compliance"[Mesh]) OR "Medication Adherence"[Mesh]) AND "Hypertension"[Mesh])” em fevereiro de 2017. Os resultados foram filtrados para artigos em português ou inglês e com filtro temporal que excluiu artigos anteriores ao ano de 2000. O resultado da pesquisa foi, então, um total de 1891 artigos.

Tendo em vista a análise de artigos que focassem as barreiras à adesão terapêutica e intervenções que a aumentem, procedeu-se à seleção dos artigos de acordo com o seu título. Foram também excluídos artigos sem acesso a texto integral e incluídos outros trabalhos citados nos artigos previamente selecionados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fatores determinantes

Para análise dos fatores determinantes da adesão terapêutica, foram avaliados 16 estudos. Dada a heterogeneidade dos métodos de obtenção de dados usados nos diferentes trabalhos, optou-se por agrupar as barreiras à adesão reportadas nesses estudos segundo a classificação da OMS. ^[6]

a) FATORES RELACIONADOS COM O PACIENTE

Os fatores relacionados com o paciente foram a categoria mais comumente reportada como causa de má adesão terapêutica (em 13 dos 14, ou seja, em 93% estudos analisados). Entre as barreiras mais vezes reportadas estão a autoeficácia (definida como a convicção de um pessoa ser capaz de realizar uma tarefa específica), o esquecimento da toma da medicação e as convicções do doente em relação à doença e à medicação.

b) FATORES RELACIONADOS COM A DOENÇA

Em relação a barreiras dependentes da doença ou de comorbilidades, estas foram relativamente pouco reportadas nos estudos analisados (29%). Quando abordadas, o foco foi direcionado sobretudo para a depressão.

c) FATORES RELACIONADOS COM A TERAPÊUTICA

Os fatores relacionados com a terapêutica foram o segundo foco mais comum dos trabalhos referenciados, tendo sido analisados em 75% dos mesmos. Os

motivos habitualmente referidos na literatura foram a ocorrência de efeitos adversos e a complexidade do plano terapêutico.

d) FATORES DE NATUREZA SOCIOECONÓMICA

Estes fatores foram mencionados em 50% dos artigos, sendo considerados os mais relevantes: o suporte social, a insegurança financeira e a iliteracia em saúde. No que diz respeito ao apoio social, este pode ser dividido em vários tipos: o funcional e o estrutural. Enquanto que suporte social estrutural diz respeito à rede social que rodeia o indivíduo e é maioritariamente definida pelo facto de se ser casado ou residir com alguém, o suporte social funcional diz respeito à ajuda e motivação que o doente recebe dessa mesma rede social. O que parece estar mais associado à problemática da *compliance* é o funcional.^[9] Deste modo, intervenções que visem a participação de amigos ou familiares nos aspetos mais práticos da compra e administração da medicação podem ser medidas efetivas de promover uma melhor adesão terapêutica.^[10]

e) FATORES RELACIONADOS COM O SISTEMA DE SAÚDE

A problemática das barreiras relacionadas com sistema de saúde foi abordada em 21% dos trabalhos consultados. O fator mais comumente referido é a relação entre o médico (ou outro profissional de saúde) e o doente. Em alguns estudos realizados nos Estados Unidos da América, o facto de não possuir seguro de saúde também foi mencionado como barreira à boa adesão em doentes hipertensos.^[11] No entanto, esta informação deve ser interpretada tendo em conta as condicionantes do acesso aos cuidados de saúde nesse país à data da publicação desses estudos.

Em resumo, podemos esquematizar os diferentes fatores no quadro seguinte:

Relacionados com o paciente	Relacionados com a doença	Relacionados com a terapêutica	De natureza socioeconómica	Relacionadas com o sistema de saúde
Esquecimento da toma ^[11-18]	Depressão ^[11,16]	Ocorrência de efeitos	Suporte social ^[14,19,24]	Relação com o profissional
Autoeficácia ^[19]	Stress ^[22]	adversos ^[11,13,14,16-18,21]	Insegurança financeira ^[11,22]	de saúde ^[11,24]
Convicções do doente em relação à doença/medicação ^[11,15,19-21]	Capacidade para ler rótulo ou abrir recipiente ^[15]	Embalagem do medicamento ^[2,3]	Iliteracia em saúde ^[14,22]	Serviço de Saúde ^[11]
		Complexidade do plano terapêutico ^[14,15,17,18]	Barreiras culturais ^[13,20]	Dificuldade em reabastecer-se de medicação ^[16]

Tabela 1 – Resumo dos fatores determinantes da adesão terapêutica em doentes hipertensos, de acordo com as categorias da OMS.

Proposta de Intervenções Úteis

Para análise das intervenções úteis, foram avaliados diversos estudos. Dada a heterogeneidade das medidas testadas nos diferentes estudos, optou-se por agrupá-los de acordo com as características práticas das intervenções.

Assim foram adotadas 4 categorias: combinação de vários fármacos num só comprimido, intervenções mediadas por farmacêuticos, intervenções de telessaúde, monitorização em ambulatório da pressão arterial.

Importa ressaltar que a categorização das intervenções nem é sempre fácil, e por isso, comumente, estas estratégias são classificadas em informacionais, comportamentais, sociais ou combinadas. As estratégias de abordagem combinada

têm-se tornado cada vez mais comuns. Numa vertente mais prática, estas podem passar por lembretes, programas de educação e motivação dos doentes, programas de apoio social, programas de redução de custos para o doente, simplificação do plano terapêutico, monitorização tensional em ambulatório, caixas de comprimidos eletrónicas ou comunicação com diversos profissionais de saúde.^[25]

a) COMBINAÇÃO DE VÁRIOS FÁRMACOS NUM SÓ COMPRIMIDO

Uma das medidas tida em conta como sendo potencialmente diminuidora da complexidade do plano terapêutico é a combinação de dois ou mais fármacos anti-hipertensores num só comprimido. Dois estudos retrospectivos efetuados nos Estados Unidos da América^[26] e na Coreia do Sul^[27] revelaram que adoção de um plano terapêutico com base nesta estratégia aumentou a adesão dos pacientes à medicação comparativamente a um grupo de indivíduos tomando mais do que fármaco anti-hipertensor separadamente. Esta intervenção parece ser especialmente útil em pacientes com outras comorbilidades, nomeadamente Diabetes Mellitus, doença arterial coronária e dislipidemia.^[27] Existe também evidência de que a escolha por esta estratégia pode levar a menor número de hospitalizações.^[26] No entanto, um ensaio clínico realizado no Japão e envolvendo 207 participantes não demonstrou diferenças significativas na *compliance* de doentes com ou sem combinação.^[28] Apesar destes achados irregulares, o consenso para ser o de que estas combinações são benéficas para a melhoria da adesão terapêutica e redução da ocorrência de efeitos adversos da medicação, embora o seu papel na diminuição dos valores tensionais não seja claro.^[29]

b) INTERVENÇÕES MEDIADAS POR FARMACÊUTICOS

Grande parte dos ensaios clínicos realizados tendo por base as intervenções que aumentam a adesão em hipertensos foram mediados por farmacêuticos. O fulcro

destas intervenções passa por atividades de educação junto do paciente acerca da doença, da terapêutica farmacológica e de estilos de vida saudáveis.^[30]

Em alguns ensaios, estas foram associadas à distribuição de aparelhos de medição da pressão arterial no domicílio^[31,32] e ao envio de notificações por email ou SMS como lembrete para o reabastecimento da medicação.^[31] As medições da adesão terapêutica foram feitas de diversos modos: questionários^[31-33], registros farmacêuticos^[34] e contagens de comprimidos^[35]. A maioria dos ensaios avaliados demonstrou uma diminuição significativa da pressão arterial sistólica em relação ao grupo de controlo. Um dos ensaios não revelou impacto nos *outcomes* clínicos.^[34] Outros resultados importantes destes ensaios foram o aumento da adesão segundo o questionário de Morisky^[33,34] e a descida significativa da pressão arterial diastólica^[33]. O ensaio de Carter et al.^[35] analisou os 18 meses seguintes a uma intervenção com a duração de 9 meses, tendo reportado uma descida no controlo dos valores tensionais no grupo intervencionado e no grupo de controlo. No entanto, o controlo tensional manteve-se significativamente maior no grupo intervencionado ao longo dos 18 meses subsequentes à intervenção.

As intervenções mediadas por farmacêuticos parecem ser uma arma de relevo no combate à má adesão terapêutica em hipertensos. Uma meta-análise de 39 ensaios clínicos nesta área demonstrou que estas levam a uma diminuição significativa dos valores de pressão arterial sistólica. Segundo a mesma publicação, os efeitos tendem a ser maiores quanto mais regular é o acompanhamento pelo farmacêutico.^[36]

c) INTERVENÇÕES DE TELESSAÚDE

A telessaúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde à distância, usando as telecomunicações. O leque de intervenções incluídas nesta categoria é bastante amplo, indo desde uma simples conversa telefónica entre um paciente e um profissional de saúde até à execução de procedimentos médicos por tecnologia robótica. A telessaúde é uma área mais abrangente que a telemedicina, na medida em que esta última se foca no tratamento de patologias e a telessaúde

abrange ainda a monitorização de *outcomes*, a transmissão de informação e a prevenção.^[37] Os estudos referentes a esta área são bastante heterogêneos na sua metodologia e no seu objeto de estudo.

Um dos ramos da telessaúde com aplicação no controlo da hipertensão é o uso de caixas de comprimidos eletrónicas que registam a hora e data da sua abertura por parte do doente.^[38] Os resultados de estudos que avaliaram o impacto da implementação destas tecnologias no controlo da pressão arterial e na medição da adesão não são consensuais. Um estudo retrospectivo levado a cabo por van Onzenoort et al. não demonstrou alterações significativas no controlo da pressão arterial e na adesão terapêutica.^[39] Já um ensaio clínico realizado por Santschi et al. demonstrou que o uso do mesmo sistema eletrónico melhorou significativamente o controlo dos valores tensionais, embora esse efeito tenha sido decrescente ao longo dos 12 meses do ensaio.^[40] Em conclusão, dada a diversidade de caixas de comprimidos eletrónicas e a variabilidade de metodologia usada no seu estudo, torna-se difícil ajuizar acerca do seu valor. O seu impacto no controlo tensional e na adesão parece ser positivo, mas não existe evidência de que esse seja significativo.^[41]

Outras metodologias foram também testadas com sucesso no controlo da pressão arterial, nomeadamente através do envio de SMS numa base semanal a lembrar a importância da adesão^[42] e através da entrega de recompensas financeiras a indivíduos que filmassem as suas tomas atempadas^[43]. Ainda não existe evidência científica sólida que demonstre um impacto positivo das intervenções de telessaúde no controlo tensional e na *compliance*.^[25]

d) MONITORIZAÇÃO AMBULATÓRIA da PRESSÃO ARTERIAL

A monitorização tensional em ambulatório passa pela medição da pressão arterial pelo próprio doente em sua casa, com aparelhos validados e após este ter tido treino adequado.

A hipótese deste tipo de intervenção aumentar a *compliance* em hipertensos foi já estudada em diversos ensaios clínicos com desenhos distintos entre si,

nomeadamente no que diz respeito aos dispositivos usados e ao tempo de *follow-up*. Os resultados são também diversos: aumento da adesão terapêutica sem melhoria do controlo tensional^[44] até melhoria do controlo tensional sem aumento da adesão terapêutica^[45]. O consenso em relação a este tema parece ser o de que a monitorização tensional em ambulatório aumenta a adesão terapêutica em doentes hipertensos, embora o seu efeito no controlo tensional ainda não seja claro^[46].

A tabela seguinte resume o impacto de cada tipo de intervenção mencionada:

Combinação de vários fármacos num só comprimido	Intervenções mediadas por farmacêuticos	Intervenções em telessáude	Monitorização ambulatória da pressão arterial
1. Melhoria significativa da adesão terapêutica	1. Redução significativa dos valores de pressão arterial sistólica	1. Efeito potencialmente positivo no controlo tensional	1. Melhoria significativa da adesão terapêutica
2. Redução da ocorrência de efeitos adversos	2. Redução da pressão arterial em dependência da frequência da intervenção	2. Efeito potencialmente positivo na adesão terapêutica	2. Impacto não significativo na redução da pressão arterial
3. Impacto não significativo na redução da pressão arterial	3. Impacto positivo no controlo tensional mesmo após o fim da intervenção		

Tabela 2 – Resumo do impacto de cada tipo de intervenção, segundo estudos de metanálise.

Tendo em conta a importância da hipertensão na saúde global, torna-se essencial encontrar modos de a tratar convenientemente. No entanto, na maioria dos doentes o problema não passa pela falta de armas terapêuticas, mas sim pela dificuldade em fazer com que estes cumpram o plano proposto. Torna-se pois importante investigar a problemática da adesão terapêutica nos doentes hipertensos. Embora a investigação nesta área não seja escassa, apresenta muita heterogeneidade de métodos adotados pelos investigadores.

Começando pelos métodos de quantificar a *compliance*, não existe um método *gold-standard* que cumpra essa mesma função. Os métodos podem ser divididos em diretos (toma vigiada ou doseamento de fármacos ou metabolitos no sangue ou na urina) ou indiretos (questionários, contagem de comprimidos e métodos eletrónicos e automáticos de *time-stamping*).^[47] Os métodos diretos são geralmente considerados como sendo superiores, mas o seu custo elevado torna impossível o seu uso generalizado em doentes hipertensos.^[48]

Assim, em grande parte da literatura que aborda a *compliance* em hipertensos os métodos adotados são os indiretos. Dada a menor fiabilidade dos dados obtidos com estes métodos, os resultados obtidos pelos estudos que os usam ficam mais sujeitos a vieses.^[47] Por outro lado, os questionários e as entrevistas acabam não só por medir a adesão, como também por dar alguma indicação para a sua causa, o que os métodos diretos não permitem.

No que toca aos fatores determinantes da adesão terapêutica, os mais comumente reportados são os relacionados com o paciente. Estes resultados são coincidentes com outros trabalhos de revisão.^[49] O tipo de instrumento mais usado no estudo destes fatores determinantes foram os questionários.

Deve ser tido em conta que apesar do foco da literatura em fatores relacionados com o paciente, para cada doente, a má *compliance* pode resultar de uma associação de fatores de ordens distintas, e esta é uma das razões que faz com que seja difícil identificar as barreiras a uma boa adesão. Outras razões incluem a própria relação entre as diferentes barreiras, que é complexa e, assim, pode ser difícil discernir em que categoria se encaixa um determinado caso. Por exemplo, a associação entre sintomas depressivos e a má adesão terapêutica em hipertensos pode ser mediada pela autoeficácia. Para além disto, as barreiras não são estáveis ao

longo do tempo e podem ser percecionadas diferentemente por pacientes distintos. A *compliance* deve ser cada vez mais uma preocupação na abordagem aos doentes com Hipertensão Arterial, tendo em vista quer a sua quantificação quer a identificação dos fatores determinantes. Esta ideia é especialmente importante nos Cuidados de Saúde Primários, na medida em que é nesse contexto que é seguida a maioria dos doentes hipertensos.

Num cenário ideal, as intervenções adotadas teriam como base a análise dos fatores determinantes.^[50]

Quanto à análise das intervenções que promovem uma melhor adesão, estas também se focam maioritariamente em anular barreiras relacionadas com o paciente^[48], nomeadamente as suas crenças em relação à doença ou medicação prescrita e o esquecimento da toma. As intervenções mais extensivamente estudadas na literatura analisada foram as mediadas por farmacêuticos. Este tipo de intervenção e a combinação de vários fármacos num só comprimido parecem ser os que têm um impacto mais positivo no controlo dos valores tensionais e na adesão terapêutica.

Na análise da investigação nesta área, fica clara a necessidade de uniformizar os métodos de estudo. Sobre um mesmo tipo de intervenção (e entre intervenções diferentes) a heterogeneidade da duração da intervenção, dos *outcomes* medidos, da forma de medir esses mesmos *outcomes* é muito grande. Assim, torna-se mais difícil a análise comparativa de resultados e assegurar a reprodutibilidade dos mesmos.^[25]

No entanto, o potencial das estratégias abordadas é bastante grande, na medida em que as intervenções discutidas podem combater barreiras de várias categorias de uma só vez. Para além disto, existe ainda a possibilidade de conjugar diversos tipos de intervenções, o que torna o leque de possibilidades praticamente infindável.

Quanto à aplicação das intervenções acima referidas no contexto da prática clínica nos serviços de saúde em Portugal, é importante notar que o papel do farmacêutico no serviço de saúde inglês (entre outros) é consideravelmente distinto daquele que tem no português. De facto, no Reino Unido, os farmacêuticos trabalham em maior proximidade com a equipa médica e com o doente. Como tal,

aplicabilidade de estratégias mediadas por estes profissionais do ramo da saúde não pode ser extrapolado para a realidade portuguesa. No entanto, os médicos em Portugal têm um acesso fácil ao registo de levantamento da medicação pelos seus doentes nas farmácias através do programa de Prescrição Eletrónica Médica (PEM). Esta ferramenta possui potencial para ser não só uma forma de mensurar a adesão terapêutica como também uma arma de combate à má *compliance*. Enquanto medida de adesão possui a clara desvantagem de ser pouco precisa dado que o levantamento da medicação na farmácia atempadamente não garante a sua toma de acordo com o plano terapêutico. Fazendo uso dessa ferramenta para alertar doentes que não levarem a sua medicação atempadamente, esta pode ser usada como estratégia de potenciamento da boa *compliance*.

Quanto às restantes estratégias, a compra de aparelhos de monitorização tensional ambulatoria validados deve ser encorajada em doentes hipertensos. As combinações farmacológicas num único comprimido são também uma opção disponível em Portugal e o seu potencial para melhorar o controlo da adesão não deve ser menosprezado.

Tendo em conta que as barreiras a uma boa adesão terapêutica tendem a ser multifatoriais, criar uma intervenção ajustada a cada doente e cujo foco não esteja apenas num fator, mas em vários simultaneamente, parece ser a perspetiva de futuro para os médicos dos Cuidados de Saúde Primários.

CONCLUSÃO

A adesão terapêutica à medicação anti-hipertensiva é um fator de importância extrema no controlo da doença. O médico deve procurar ativamente informar-se acerca dos fatores que podem determinar a má adesão nos pacientes com mau controlo tensional, tendo em atenção a multidimensionalidade do problema.

A continuidade da investigação acerca dos modos de quantificar a adesão terapêutica é importante bem como o estudo dos seus fatores determinantes e intervenções com potencial benefício, no sentido de dar uma resposta cada vez mais adequada a este problema.

O paciente com má *compliance* poderá ter máximo benefício com uma intervenção ajustada ao seu caso e com carácter multidimensional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ezzati, M., A.D. Lopez, A. Rodgers, S. Vander Hoorn, C.J. Murray, and G. Comparative Risk Assessment Collaborating, *Selected major risk factors and global and regional burden of disease*. Lancet, 2002. **360**(9343): p. 1347-1360.
2. Kearney, P., M. Whelton, K. Reynolds, P. Muntner, P. Whelton, and J. He, *Global burden of hypertension: analysis of worldwide data*. Lancet, 2005. **365**(9455): p. 217-223.
3. Macedo, M. and R. Ferreira, *A Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários, em Portugal: contributo para o conhecimento epidemiológico da população em 2013*. Revista Fatores de Risco, 2015. **36**: p. 47-56.
4. Mancia, G., R. Fagard, K. Narkiewicz, et al., *2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension*. Journal of Hypertension, 2013. **31**(7): p. 1281-1357.
5. Chobanian, A.V., G.L. Bakris, H.R. Black, et al., *Seventh report of the Joint national Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. Hypertension, 2003. **42**(6): p. 1206-1252.
6. Sabate, E., *Adherence to Long Term Therapies: Evidence for Action*. Geneva: World Health Organization, 2003.
7. Burnier, M., *Managing "resistance": is adherence a target for treatment?* Current Opinion Nephrology and Hipertension, 2014. **23**(5): p. 439-443.
8. Blackwell, B., *Drug therapy: patient compliance*. New England Journal of Medicine, 1973. **289**(5): p. 249-252.
9. Magrin, M.E., M. D'Addario, A. Greco, et al., *Social support and adherence to treatment in hypertensive patients: a meta-analysis*. Ann Behav Med, 2015. **49**(3): p. 307-18.

10. Scheurer, D., N. Choudhry, K.A. Swanton, O. Matlin, and W. Shrank, *Association between different types of social support and medication adherence*. Am J Manag Care, 2012. **18**(12): p. e461-7.
11. Vawter, L., X. Tong, M. Gemilyan, and P.W. Yoon, *Barriers to antihypertensive medication adherence among adults--United States, 2005*. J Clin Hypertens (Greenwich), 2008. **10**(12): p. 922-9.
12. Culig, J., M. Leppee, J. Boskovic, and M. Eric, *Determining the difference in medication compliance between the general patient population and patients receiving antihypertensive therapy: a case study*. Arch Pharm Res, 2011. **34**(7): p. 1143-52.
13. Hsu, Y.H., C.L. Mao, and M. Wey, *Antihypertensive medication adherence among elderly Chinese Americans*. J Transcult Nurs, 2010. **21**(4): p. 297-305.
14. Zullig, L.L., K.M. Stechuchak, K.M. Goldstein, et al., *Patient-reported medication adherence barriers among patients with cardiovascular risk factors*. J Manag Care Spec Pharm, 2015. **21**(6): p. 479-85.
15. Svarstad, B.L., B.A. Chewning, B.L. Sleath, and C. Claesson, *The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence*. Patient Educ Couns, 1999. **37**(2): p. 113-24.
16. Martin, M.Y., C. Kohler, Y.I. Kim, et al., *Taking less than prescribed: medication nonadherence and provider-patient relationships in lower-income, rural minority adults with hypertension*. J Clin Hypertens (Greenwich), 2010. **12**(9): p. 706-13.
17. Enlund, H., E. Jokisalo, S. Wallenius, and M. Korhonen, *Patient-perceived problems, compliance, and the outcome of hypertension treatment*. Pharm World Sci, 2001. **23**(2): p. 60-4.
18. Hassan, N.B., C.I. Hasanah, K. Foong, et al., *Identification of psychosocial factors of noncompliance in hypertensive patients*. J Hum Hypertens, 2006. **20**(1): p. 23-9.

19. Meinema, J.G., N. van Dijk, E.J. Beune, D.A. Jaarsma, H.C. van Weert, and J.A. Haafkens, *Determinants of adherence to treatment in hypertensive patients of African descent and the role of culturally appropriate education*. PLoS One, 2015. **10**(8): p. e0133560.
20. Li, W.W., A.L. Stewart, N. Stotts, and E.S. Froelicher, *Cultural factors associated with antihypertensive medication adherence in Chinese immigrants*. J Cardiovasc Nurs, 2006. **21**(5): p. 354-62.
21. Benson, J. and N. Britten, *Patients' views about taking antihypertensive drugs: questionnaire study*. BMJ, 2003. **326**(7402): p. 1314-5.
22. Crowley, M.J., J.M. Grubber, M.K. Olsen, and H.B. Bosworth, *Factors associated with non-adherence to three hypertension self-management behaviors: preliminary data for a new instrument*. J Gen Intern Med, 2013. **28**(1): p. 99-106.
23. Schneider, P.J., J.E. Murphy, and C.A. Pedersen, *Impact of medication packaging on adherence and treatment outcomes in older ambulatory patients*. J Am Pharm Assoc (2003), 2008. **48**(1): p. 58-63.
24. Hyre, A.D., M.A. Krousel-Wood, P. Muntner, L. Kawasaki, and K.B. DeSalvo, *Prevalence and predictors of poor antihypertensive medication adherence in an urban health clinic setting*. J Clin Hypertens (Greenwich), 2007. **9**(3): p. 179-86.
25. Peacock, E. and M. Krousel-Wood, *Adherence to Antihypertensive Therapy*. Med Clin North Am, 2017. **101**(1): p. 229-245.
26. Yang, W., J. Chang, K.H. Kahler, et al., *Evaluation of compliance and health care utilization in patients treated with single pill vs. free combination antihypertensives*. Curr Med Res Opin, 2010. **26**(9): p. 2065-76.
27. Min, J.Y., K.B. Min, J.M. Hong, E.G. Kim, and B.M. Yang, *Compliance and persistence of free-combination antihypertensive therapy versus single-pill combination in Korean hypertensive patients*. Int J Cardiol, 2013. **168**(4): p. 4576-7.

28. Matsumura, K., H. Arima, M. Tominaga, et al., *Does a combination pill of antihypertensive drugs improve medication adherence in Japanese? A randomized controlled trial*. Circ J, 2012. **76**(6): p. 1415-22.
29. Gupta, A.K., S. Arshad, and N.R. Poulter, *Compliance, safety, and effectiveness of fixed-dose combinations of antihypertensive agents: a meta-analysis*. Hypertension, 2010. **55**(2): p. 399-407.
30. Cheema, E., P. Sutcliffe, and D.R. Singer, *The impact of interventions by pharmacists in community pharmacies on control of hypertension: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. Br J Clin Pharmacol, 2014. **78**(6): p. 1238-47.
31. Stewart, K., J. George, K.P. Mc Namara, et al., *A multifaceted pharmacist intervention to improve antihypertensive adherence: a cluster-randomized, controlled trial (HAPPy trial)*. J Clin Pharm Ther, 2014. **39**(5): p. 527-34.
32. Margolis, K.L., S.E. Asche, A.R. Bergdall, et al., *A Successful Multifaceted Trial to Improve Hypertension Control in Primary Care: Why Did it Work?* J Gen Intern Med, 2015. **30**(11): p. 1665-72.
33. Morgado, M., S. Rolo, and M. Castelo-Branco, *Pharmacist intervention program to enhance hypertension control: a randomised controlled trial*. Int J Clin Pharm, 2011. **33**(1): p. 132-40.
34. Hedegaard, U., L.J. Kjeldsen, A. Pottegard, et al., *Improving Medication Adherence in Patients with Hypertension: A Randomized Trial*. Am J Med, 2015. **128**(12): p. 1351-61.
35. Carter, B.L., W.R. Doucette, C.L. Franciscus, G. Ardery, K.M. Kluesner, and E.A. Chrischilles, *Deterioration of blood pressure control after discontinuation of a physician-pharmacist collaborative intervention*. Pharmacotherapy, 2010. **30**(3): p. 228-35.

36. Santschi, V., A. Chiolerio, A.L. Colosimo, et al., *Improving blood pressure control through pharmacist interventions: a meta-analysis of randomized controlled trials*. J Am Heart Assoc, 2014. **3**(2): p. e000718.
37. Sivakumaran, D. and K.A. Earle, *Telemonitoring: use in the management of hypertension*. Vasc Health Risk Manag, 2014. **10**: p. 217-24.
38. Santschi, V., G. Wuerzner, M.P. Schneider, O. Bugnon, and M. Burnier, *Clinical evaluation of IDAS II, a new electronic device enabling drug adherence monitoring*. Eur J Clin Pharmacol, 2007. **63**(12): p. 1179-84.
39. van Onzenoort, H.A., W.J. Verberk, A.A. Kroon, et al., *Electronic monitoring of adherence, treatment of hypertension, and blood pressure control*. Am J Hypertens, 2012. **25**(1): p. 54-9.
40. Santschi, V., N. Rodondi, O. Bugnon, and M. Burnier, *Impact of electronic monitoring of drug adherence on blood pressure control in primary care: a cluster 12-month randomised controlled study*. Eur J Intern Med, 2008. **19**(6): p. 427-34.
41. Checchi, K.D., K.F. Huybrechts, J. Avorn, and A.S. Kesselheim, *Electronic medication packaging devices and medication adherence: a systematic review*. JAMA, 2014. **312**(12): p. 1237-47.
42. Bobrow, K., A.J. Farmer, D. Springer, et al., *Mobile Phone Text Messages to Support Treatment Adherence in Adults With High Blood Pressure (SMS-Text Adherence Support [StAR]): A Single-Blind, Randomized Trial*. Circulation, 2016. **133**(6): p. 592-600.
43. Petry, N.M., S.M. Alessi, S. Byrne, and W.B. White, *Reinforcing adherence to antihypertensive medications*. J Clin Hypertens (Greenwich), 2015. **17**(1): p. 33-8.
44. Souza, W.K., P.C. Jardim, L.P. Brito, F.A. Araujo, and A.L. Sousa, *Self measurement of blood pressure for control of blood pressure levels and adherence to treatment*. Arq Bras Cardiol, 2012. **98**(2): p. 167-74.

45. Chmiel, C., O. Senn, T. Rosemann, V. Del Prete, and C. Steurer-Stey, *CoCo trial: Color-coded blood pressure Control, a randomized controlled study*. Patient Prefer Adherence, 2014. **8**: p. 1383-92.
46. Fletcher, B.R., J. Hartmann-Boyce, L. Hinton, and R.J. McManus, *The Effect of Self-Monitoring of Blood Pressure on Medication Adherence and Lifestyle Factors: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Am J Hypertens, 2015. **28**(10): p. 1209-21.
47. Erdine, S. and E. Arslan, *Monitoring treatment adherence in hypertension*. Curr Hypertens Rep, 2013. **15**(4): p. 269-72.
48. Gosmanova, E.O. and C.P. Kovesdy, *Adherence to antihypertensive medications: is prescribing the right pill enough?* Nephrol Dial Transplant, 2015. **30**(10): p. 1649-56.
49. AlGhurair, S.A., C.A. Hughes, S.H. Simpson, and L.M. Guirguis, *A systematic review of patient self-reported barriers of adherence to antihypertensive medications using the world health organization multidimensional adherence model*. J Clin Hypertens (Greenwich), 2012. **14**(12): p. 877-86.
50. Krousel-Wood, M., A. Hyre, P. Muntner, and D. Morisky, *Methods to improve medication adherence in patients with hypertension: current status and future directions*. Curr Opin Cardiol, 2005. **20**(4): p. 296-300.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Luciana Couto ter aceite ser minha orientadora e por toda a colaboração ao longo da elaboração desta tese. Pela sua disponibilidade, atenção e orientação, um muito obrigado.

Agradeço também à Raquel, por todo o apoio e pelo carinho.

Por último, agradeço aos meus pais e aos meus irmãos, por me apoiarem incondicionalmente ao longo dos últimos seis anos.

ANEXOS:

Instruções para autores da Revista ADSO

INSTRUÇÕES PARA AUTORES

Os artigos propostos (manuscritos) deverão ser dirigidos à secção pretendida e:

1. Ser redigidos em Português, Inglês, Francês ou Espanhol, em coluna única, a dois espaços, com letra de dimensão 11 e em ficheiro word. Aconselha-se a utilização dos formatos de letra Times New Roman ou Arial. As quatro margens devem ser de 2,5 cm. Todas as páginas devem ser numeradas incluindo a página do título. Devem ser inseridas quebras de página entre cada secção do manuscrito. O número de autores deve ser restrito aos que verdadeiramente participaram na conceção, execução e escrita do manuscrito. Os critérios para autoria dos artigos deverão estar de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors, que poderão ser consultadas no seguinte endereço: <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>. As palavras chave, em número mínimo de três e máximo de seis, devem estar de acordo com o MeSH (Medical Subject Heading) - <http://www.nlm.nih.gov/mesh>.

2. As Referências Bibliográficas devem cumprir os seguintes aspetos:

Número de autores: até seis, devem todos ser referidos; sete ou mais autores, apenas os três primeiros, seguidos de et al.; as referências devem numeradas por ordem de entrada no texto e mencionadas da seguinte forma:

- Artigo de revista – Ex: Kusel MMH, Klerk NH, Holt PG, et al. Role of respiratory virus in acute and lower respiratory tract illness in the first year of life. *Ped Infect Dis J* 2006;25:680-6.
- Capítulo de livro – Ex: Cherry JD, Nieves DL. The Common Cold. In: Feigin RD, Cherry JD, Demmler-Harrison GJ, Kaplan SL. Feigin & Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 6th ed. Philadelphia. Saunders Elsevier; 2009;138-46.
- Livro – Nelson JD, Bradley JS. Nelson's Pocket Book of Pediatric Antimicrobial Therapy. 14th ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
- Página Web – Gostin LO. Drug use and HIV/AIDS (JAMA HIV/AIDS web site). June 1, 1996. Available at: <http://www.ama-assn.org/special/hiv/ethics>. Accessed June 26; 2004.
- Comunicações em congressos/jornadas – Harrigan PR, Don W, Weber AE, et al. Mutated RT and protease. (Abstract I - 115). In: 38th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, San Diego, California, September 24 to 27, 1998. Washington, DC: American Society for Microbiology; 1998.
- Abreviaturas de Revistas, consultar <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>

3. Ter parecer de comissão de ética (se de investigação com seres humanos) ou de conduta ética, bem como de Comissão Nacional de Proteção de Dados, quando aplicável. [Nota: trabalhos baseados em questionários respondidos em anonimato, sigilo e confidencialidade, trabalhos baseados em análise de dados clínicos sem identificação de pessoas ou casos e trabalhos de análise de dados informáticos ou outros e que apenas reflitam conjuntos organizados já existentes, estão isentos de tais formalidades. No entanto, o Corpo Redatorial reserva-se o direito de ponderar em função de cada caso concreto].

4. Ser acompanhados de declaração de conflito de interesses.

5. Estar organizados da seguinte forma, por áreas:

Carta ao Diretor:

- Conteúdo: Consistem em notas breves sobre um tema ou comentários (críticas/loouvores/sugestões) a artigos publicados previamente na RevADSO. As cartas

referentes a artigos só serão aceites até três meses após a publicação do artigo original. Os editores da RevADSO convidarão os autores a responder, com vista à publicação conjunta do(s) comentário(s) e resposta(s). Dimensão máxima de 750 palavras, sendo admitidas até cinco referências bibliográficas. Não há uma estrutura pré-definida para a carta. A inclusão de um resumo é dispensável.

Formação:

- Conteúdo: Serão aceites trabalhos de investigação, qualidade ou relatos de experiência relacionados com o aspeto prático ou teórico do ensino pré e pós-graduado da Medicina Geral e Familiar ou cuidados de saúde primários. Dimensão, Estrutura e Resumo: Os documentos deverão estar organizados de acordo com a tipologia do artigo, tendo em conta a descrição apresentada nas secções correspondentes (investigação original, garantia da qualidade e relato de caso). Os artigos não deverão conter elementos identificadores dos autores, por forma a permitir uma revisão inter-pares cega.

Investigação original:

- Conteúdo: Serão aceites artigos com trabalhos de investigação original, em ensino pré ou pós-graduado, e em medicina geral e familiar ou cuidados de saúde primários; Dimensão: Não deverá ultrapassar as 3500 palavras (não se incluem as secções Agradecimentos e Referências Bibliográficas). Estrutura: Os documentos deverão estar organizados nas seguintes secções: Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Agradecimentos (facultativo) e Referências Bibliográficas. O artigo poderá conter no máximo 6 tabelas e/ou figuras. Os artigos não deverão conter elementos identificadores dos autores, por forma a permitir uma revisão inter-pares cega. Resumo: Deverá ter uma versão em Inglês além do idioma no manuscrito e ser estruturado nas seguintes secções: Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Discussão. Não poderá exceder 300 palavras.

Revisão:

- Conteúdo: Serão aceites artigos com trabalhos de revisão baseada na evidência ou revisão sistemática, com recurso ou não a técnicas estatísticas de meta-análise. As revisões monográficas clássicas ou narrativas não serão consideradas para publicação. Dimensão: Não deverá ultrapassar as 3500 palavras (não se incluem as secções Agradecimentos e Referências bibliográficas). Estrutura: Estes artigos deverão estar organizados nas seguintes secções: Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Métodos, Resultados, Conclusões, Agradecimentos (facultativo) e Referências Bibliográficas. O artigo poderá conter no máximo 6 tabelas e/ou figuras. Os artigos não deverão conter elementos identificadores dos autores, por forma a permitir uma revisão inter pares oculta. Resumo: Deverá ter uma versão em Inglês além do idioma no manuscrito e não poderá exceder 300 palavras e deverá ser estruturado nas seguintes secções: Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusões.

Qualidade:

- Conteúdo: Serão aceites artigos com trabalhos de avaliação de qualidade ou em ciclo de garantia de qualidade. Estrutura: Os artigos deverão estar organizados nas seguintes secções: Título, Resumo, Palavras-chave, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Agradecimentos (facultativo) e Referências Bibliográficas. O artigo poderá conter no máximo 6 ilustrações, onde se incluem tabelas, quadros e/ou imagens. Os artigos não deverão conter elementos identificadores dos autores, por forma a permitir uma revisão inter-pares oculta. Dimensão: Não deverá ultrapassar as 3500 palavras (não se incluem as secções Agradecimentos e Referências Bibliográficas). Resumo: Deverá ter uma versão em Inglês além do idioma no manuscrito e ser estruturado nas seguintes secções: Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão. Não poderá exceder 300 palavras.

Relato de caso:

- **Conteúdo:** Serão aceites artigos com relatos de casos pertinentes para a prática de Medicina Geral e Familiar, nomeadamente em termos de investigação diagnóstica, tratamento, seguimento e/ou abordagem psicossocial. **Estrutura:** Os artigos deverão estar organizados nas seguintes secções: Título, Resumo, Palavras-Chave, Introdução, Descrição do Caso, Comentário, Agradecimentos (facultativo) e Referências Bibliográficas. O artigo poderá conter, no máximo, 8 ilustrações onde se incluem tabelas, quadros e/ou imagens. Os artigos não deverão conter elementos identificadores por forma a permitir uma revisão inter pares oculta. **Dimensão:** Não deverá ultrapassar 3500 palavras (não se incluem as secções Agradecimentos e Referências Bibliográficas). **Resumo:** Deverá ter uma versão em Inglês além do idioma no manuscrito. Não poderá exceder 300 palavras e deverá ser estruturado nas seguintes secções: Título, Descrição do Caso, Comentário.

Journal-club:

- **Conteúdo:** O objetivo da secção é proporcionar uma leitura comentada de artigos, livros ou outros textos procedentes de outras publicações científicas. O artigo ou publicação escolhida deve ser atual (editado nos últimos seis meses) e relevante para o processo de formação pré- ou pós-graduada em medicina geral e familiar. **Dimensão:** Não deverá ultrapassar as 1500 palavras, incluindo referências bibliográficas. Não serão incluídas ilustrações ou tabelas. **Estrutura:** Os artigos deverão ser constituídos por um título original até 10 palavras, por um comentário e pelas respetivas referências bibliográficas. **Resumo:** Não aplicável.

6. Os artigos deverão ser submetidos utilizando a plataforma eletrónica da revista, após registo do autor. O manuscrito deverá ser submetido em suporte digital (*.doc ou *.docx), podendo estar em português do novo acordo ortográfico. **NOTA: OS MANUSCRITOS SUBMETIDOS ATRAVÉS DA PLATAFORMA NÃO DEVERÃO CONTER QUAISQUER ELEMENTOS QUE PERMITAM A IDENTIFICAÇÃO DOS AUTORES, POR FORMA A PERMITIREM UMA REVISÃO INTER-PARES CEGA. A IDENTIFICAÇÃO DOS AUTORES E RESPECTIVA AFILIAÇÃO DEVERÁ SER EFETUADA EXCLUSIVAMENTE NO FORMULÁRIO PRÓPRIO DISPONIBILIZADO PELA PLATAFORMA.**

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- 1 O artigo encontra-se anonimizado e encontra-se redigido segundo as "Directrizes para autores" e estruturado de acordo como a sua tipologia.
- 2 Foi anexado o parecer positivo de uma comissão de ética (no caso de artigos de investigação original) ou o(s) consentimento(s) informado(s) no caso de Relatos de Caso e/ou inclusão de fotografias de doentes.
- 3 A declaração de conflito de interesses foi preenchida.
- 4 Os ficheiros a anexar encontram-se em formato de texto (*.doc ou *.docx).

DECLARAÇÃO DE DIREITO AUTORAL

Autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:

1. Autores conservam os direitos de autor e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a [Licença Creative Commons Attribution](#) que permite a partilha do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.
2. Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.
3. Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir o seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado (Veja [O Efeito do Acesso Livre](#)).

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Política de privacidade para [Revista ADSO](#)

Todas as suas informações pessoais recolhidas, serão usadas para o ajudar a tornar a sua visita no nosso site o mais produtiva e agradável possível.

A garantia da confidencialidade dos dados pessoais dos utilizadores do nosso site é importante para o Revista ADSO.

Todas as informações pessoais relativas a membros, assinantes, clientes ou visitantes que usem o Revista ADSO serão tratadas em concordância com a Lei da Proteção de Dados Pessoais de 26 de outubro de 1998 (Lei n.º 67/98).

A informação pessoal recolhida pode incluir o seu nome, e-mail, número de telefone e/ou telemóvel, morada, data de nascimento e/ou outros.

O uso do Revista ADSO pressupõe a aceitação deste Acordo de privacidade. A equipa do Revista ADSO reserva-se ao direito de alterar este acordo sem aviso prévio. Deste modo, recomendamos que consulte a nossa política de [privacidade](#) com regularidade de forma a estar sempre atualizado.

Os anúncios

Tal como outros websites, coletamos e utilizamos informação contida nos anúncios. A informação contida nos anúncios, inclui o seu endereço IP (Internet Protocol), o seu ISP (Internet Service Provider, como o Sapo, Clix, ou outro), o browser que utilizou ao visitar o nosso website (como o Internet Explorer ou o Firefox), o tempo da sua visita e que páginas visitou dentro do nosso website.

Os Cookies e Web Beacons

Utilizamos cookies para armazenar informação, tais como as suas preferências pessoais quando visita o nosso website. Isto poderá incluir um simples popup, ou uma ligação em vários serviços que providenciamos, tais como fóruns.

Em adição também utilizamos publicidade de terceiros no nosso website para suportar os custos de manutenção. Alguns destes publicitários, poderão utilizar tecnologias como os cookies e/ou web beacons quando publicitam no nosso website, o que fará com que esses publicitários (como o Google através do Google AdSense) também recebam a sua informação pessoal, como o endereço IP, o seu ISP, o seu browser, etc. Esta função é geralmente utilizada para geotargeting (mostrar publicidade de Lisboa apenas aos leitores oriundos de Lisboa por ex.) ou apresentar publicidade direcionada a um tipo de utilizador (como mostrar publicidade de restaurante a um utilizador que visita sites de culinária regularmente, por ex.).

Você detém o poder de desligar os seus cookies, nas opções do seu browser, ou efetuando alterações nas ferramentas de programas Anti-Vírus, como o Norton Internet Security. No entanto, isso poderá alterar a forma como interage com o nosso website, ou outros websites. Isso poderá afetar ou não permitir que faça logins em programas, sites ou fóruns da nossa e de outras redes.

Ligações a Sites de terceiros

O Revista ADSO possui ligações para outros sites, os quais, a nosso ver, podem conter informações / ferramentas úteis para os nossos visitantes. A nossa política de privacidade não é aplicada a sites de terceiros, pelo que, caso visite outro site a partir do nosso deverá ler a política de privacidade do mesmo.

Não nos responsabilizamos pela política de privacidade ou conteúdo presente nesses mesmos sites.

TAXAS PARA AUTORES

Este periódico cobra as seguintes taxas aos autores

Taxa de publicação: 50,00 (EUR)

Pretende-se que todo o processo editorial da Revista ADSO seja transparente, justo e isento. Nesse sentido, ficou decidido que a Revista ADSO não deveria ser financiada por entidades externas à própria ADSO. Assim, para que se mantenha, o mais possível, auto-suficiente economicamente e sendo esta uma revista de leitura aberta e gratuita a todos, a existência inevitável de alguns custos correntes da edição e da própria publicação faz com que seja solicitado aos autores o pagamento de uma taxa de publicação de 50 euros.

Nenhum membro do Corpo Editorial ou do Conselho Científico é remunerado pelo seu trabalho desempenhado na Revista ADSO.